

ADVERTENCIA AL ASEGURABLE

Esta póliza se emite bajo la condición de que el acto médico del que deriva la responsabilidad del asegurado haya sido practicado durante la vigencia del seguro y que, a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados al asegurador dentro del período de vigencia de la póliza, y/o el período extendido de denuncia de siniestros según la opción elegida. Esta advertencia no es aplicable en caso de que la opción elegida haya sido la cobertura en base a ocurrencias.

NOTA IMPORTANTE: LA ORDEN DE EMISION DE LA PRESENTE COBERTURA DEBERA ESTAR ACOMPAÑADA POR LOS SIGUIENTES DATOS MINIMOS:

- A) NOMBRE DEL P.A.S.
- B) SUMA ASEGURADA SOLICITADA.
- C) TIPO DE COBERTURA. (INCLUIR ADICIONALES CONVENIDOS)
- D) VIGENCIA DEL SEGURO.
- E) COSTO ACORDADO CON EL ASEGURADO.
- F) PLAN DE PAGOS.
- G) FORMA DE PAGO (PAGO FACIL, DEBITO EN CUENTA, DEBITO EN TARJETA.)

FORMULARIO PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA FISIATRAS, KINESIOLOGOS Y OTROS HABILITADOS A EJERCER LA PROFESION SEGÚN LEY 24.137.

1. Nombres del Proponente: _____

Apellido/s Completo/s: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/____

Domicilio particular: Calle: _____

Nº: _____ Piso/Depto.: _____ Localidad: _____

C.P.: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Domicilio laboral: Calle: _____

Nº: _____ Piso/Depto.: _____ Localidad: _____

C.P.: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Email: _____

Nacionalidad: _____

Nº de Documento: _____

2. Universidad en la que se graduó: _____

Año de Graduación: __/__/____ Título: _____

Posee alguna Especialidad: _____

Tiene alguna certificación: _____

¿Cuál? _____ ¿Por quién? _____ ¿En que año? _____

3. Tiene Ud. algún entrenamiento adicional? No () Si ()

Si la respuesta es afirmativa, aclare el tipo de entrenamiento, dónde y cuándo lo obtuvo: _____

4. Nº de matrícula: Fecha de matriculación: __/__/____

Autoridad que la otorgó: _____

Otras matrículas: _____

5. Enuncie cuáles son las instituciones en las que Ud. presta servicios en forma autónoma: _____

Enuncie cuáles son las Instituciones en las que Ud. presta servicios en relación de dependencia: _____

6. Está Ud. asociado, de algún modo a:

a) ¿Alguna entidad de rehabilitación física, con internación, pública o privada? No () Si ()

b) ¿Alguna organización Prepaga para la atención kinésica? No () Si ()

c) ¿Alguna entidad de rehabilitación física sin internación pública o privada? No () Si ()

d) ¿Está empleado o contratado por alguien para la provisión de sus servicios? No () Si ()

e) ¿Está Ud. empleado o contratado por alguna Institución deportiva para la prestación de sus servicios? No () Si ()

Si la respuesta es afirmativa indique el nombre legal y la ubicación de la entidad, así como el departamento para el que trabaja: _____

**FORMULARIO PARA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL PARA FISIATRAS, KINESIOLOGOS Y OTROS
HABILITADOS A EJERCER LA PROFESION SEGÚN LEY 24.137.**



7. ¿Cuántos días trabaja por semana? _____ ¿Horas por día? _____
a) En Instituciones con internación: _____ ¿Horas por día? _____
b) En Instituciones sin internación: _____ ¿Horas por día? _____
c) En Instituciones Deportivas: _____ ¿Horas por día? _____
d) En consultorio privado: _____ ¿Horas por día? _____
8. Ud. medica fármacos: _____ No () Si ()
9. Ud. atiende: Niños: _____ Adolescentes: _____ Adultos: _____
10. ¿Que tipo de tratamientos realiza?
a) ¿Onda corta? _____ No () Si ()
b) ¿Ultra sonido? _____ No () Si ()
c) ¿Ultra violeta? _____ No () Si ()
d) ¿Infrarrojo? _____ No () Si ()
e) ¿Tracción cervical? _____ No () Si ()
f) Otros: _____
11. ¿Lleva ficha kinesiológica? _____ No () Si ()
¿Por cuanto tiempo la archiva? _____
12. ¿Realiza prácticas sin indicación médica? _____ No () Si ()
¿Archiva las órdenes médicas? _____ No () Si ()
¿Por cuanto tiempo? _____
13. En caso de haber tenido seguro de responsabilidad civil profesional vigente durante el último año, sírvase especificar:
a) Nombre del Asegurador: _____
b) Duración del Seguro: _____
c) Límites previstos de Responsabilidad: _____
14. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es afirmativa, aclare en forma completa (incluyendo fechas) en hoja a parte toda la información posible.
a) Ha sido penalizado por algún cuerpo administrativo o Asociación profesional? _____ No () Si ()
b) Le han rechazado, anulado, no renovado o emitido alguna vez bajo términos especiales su seguro de resp. Profesional? _____ No () Si ()
c) Ha estado Ud. alguna vez involucrado, directa o indirectamente, o está actualmente en litigio por algún reclamo o juicio por mala praxis? _____ No () Si ()
Si la respuesta es afirmativa, complete un formulario de siniestro para cada caso.
15. Alternativas de suma asegurada:
() 120.000.- () 200.000.- () 300.000.-
() 150.000.- () 250.000.-

16. Alternativas de tipo de cobertura:

TPC PURO () TPC FULL 2 () TPC FULL 5 () TPC FULL 10 () TPC OCURRENCIA ()

Ver Notas (I) (II) (III) (IV) (V)

El que suscribe, declara y garantiza por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspecto y son verdaderos, y que no ha omitido ni mentido sobre ningún hecho material, y conviene que el presente formulario de propuesta forma las bases de todo contrato con los aseguradores, de la cobertura extendida a su favor. Cualquier omisión o falsedad aún hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el asegurado, será considerada reticencia, en los términos previstos en la Ley 17.418 (art. 5º y subsiguientes) y hará nulo el contrato de seguro.
Para las Alternativas de Cobertura TPC Puro, TPC Full 2, TPC Full 5, TPC Full 10

Asimismo declaro que tengo pleno conocimiento que estoy contratando una póliza con una cobertura a base de reclamos de terceros o de notificaciones al Asegurador de reclamos de terceros, siendo también de mi pleno conocimiento lo siguiente:

- 1) Que, conozco las limitaciones previstas en el contrato de seguro que estoy solicitando, y que en consecuencia, la cobertura del seguro cuya contratación solicito, solamente dará cobertura a los reclamos judiciales que me sean notificados por terceros, o a las notificaciones que yo haga al Asegurador de esos reclamos, relativos a mis acciones u omisiones durante el ejercicio de mi profesión, y que yo haya cometido a partir de la fecha retroactiva que será prevista en las Condiciones Particulares de Póliza.
2) Que la cobertura en las sucesivas pólizas que vaya renovando con este mismo Asegurador, seguirán los mismos

principios establecidos en 1) teniendo siempre la obligación de indemnizarme la póliza en cuya vigencia haya sido presentado el reclamo del tercero perjudicado o mi notificación al Asegurador de haber recibido un reclamo de un tercero, cuando ésta anteceda al efectivo reclamo judicial.

- 3) Que existiendo mas de un reclamo derivado de un mismo evento, la obligación de indemnizar le cabrá exclusivamente a la póliza en vigencia sobre la cual fue presentado el primero de los reclamos o la notificación del Asegurado, cuando esta le anteceda al reclamo.
- 4) Que no siendo renovada la póliza, será concedida cobertura automática para los reclamos que sean presentados hasta (*) años después del vencimiento o no renovación de la póliza, sin cobranza de premio adicional.

(*) De 0 años en el caso del TPC Puro, de 2 y 5 años en el caso del TPC Full 2 y 5, y de 10 años en el caso del TPC Full 10.

Notas:

(I) TPC Puro: Cobertura base Reclamo sin extensión del período de reporte de reclamos y siniestros. El mismo puede contratarse comprando el endoso de salida para dicha extensión de hasta 10 años a la finalización de la vigencia del seguro y con el pago del premio adicional correspondiente.

El asegurado deberá solicitarlo con una anticipación de 10 días al vencimiento de la póliza y cumplir con el pago contado del premio adicional, verificados estos requisitos TPC estará obligada a emitir el correspondiente endoso de salida.

(II) TPC Full 2: Cobertura base Reclamo con extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 2 años contratado al inicio de la vigencia del seguro, en forma automática y sin pago de premio adicional.

(III) TPC Full 5: Igual al anterior (II), pero con una extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 5 años.

(IV) TPC Full 10: Igual al anterior (II), pero con una extensión del período de reporte de reclamos y siniestros de 10 años.

(V) TPC Ocurrencia: Cobertura base Ocurrencia. Incluye 10 años automáticos para reporte de reclamos y siniestros desde la finalización de la vigencia del seguro y su costo incluido en el premio del mismo. Para estar cubierto el asegurado solo tiene que haber tenido póliza vigente en TPC en el momento del acto médico que genera el reclamo/siniestro por mala praxis.

Habiendo sido suficientemente informado acerca de las alternativas de cobertura que se me ofrecen, declaro haberlas entendido y conocer tanto las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales que regirán el seguro de responsabilidad civil que por la presente solicito y acepto, así como el

alcance de su cobertura y de sus limitaciones, franquicias, deducibles, cargas y exclusiones, y de mis derechos y obligaciones que asumiré en caso de que la presente solicitud sea aceptada por el Asegurador. Declaro expresamente que también he sido informado y estoy en conocimiento de lo mencionado, a través de la página web de TPC: <http://www.webtpc.com>